

高齢者自立支援事業申請書

年 月 日

遠別町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
個人番号 _____

次により、下記の事業の利用について申請いたします。

- 1 電話訪問サービス
- 2 除雪サービス
- 3 福祉相談員派遣サービス
- 4 在宅老人デイサービス事業

希望利用月日等 年 月 日より 週 日間 (曜日)

事業の利用を希望する理由

世帯の状況について

氏 名	住 所	生年月日	性別	備 考

緊急時の連絡先

住 所 _____
氏 名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

サービスを利用する方の身体の状況等について

住 所	遠別町字				
氏 名					
性 別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月 日生
身長・体重	cm		kg		
要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		
	年 月 日 ~		年 月 日		
障害程度	上肢・下肢・体幹・視覚・聴覚・その他 () 種 級 番号 年 月 日交付				
歩 行	一人で可能・要付添・要介助・不可				
動 作	起立可・座位可・寝返り可・常臥床				
見 る	可・少し難・大きく難・不可				
聞 く	可・少し難・大きく難・不可				
話 す	可・少し難・大きく難・不可				
食 事	一人で可能・要声かけ・半介助・全介助				
入 浴	一人で可能・要付添・要介助・清拭等				
更 衣	一人で可能・要声かけ・半介助・全介助				
排 せ つ	一人で可能・要声かけ・要介助				
特 記 事 項					

サービスを利用する方の生活の状況等について (○=可・△=一部可・×=不可)

炊事	洗濯	買物	掃除	整理 整頓	ゴミ 出し	編物 補修	通院	服薬	金銭	郵便 回覧	電話

医療機関受診状況

医療機関名 () ・ 主治医 ()

主疾患 ()

通院内容 (週 回 曜日) = 服薬の有無 (有 ・ 無)

(週 回 曜日) = 服薬の有無 (有 ・ 無)

(週 回 曜日) = 服薬の有無 (有 ・ 無)